

M 2017



# FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

INFLUÊNCIA NA VIDA PROFISSIONAL

MARIANA SOARES LIMA<sup>1</sup>

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

CUIDADOS PALIATIVOS,

SOB A ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

E CO-ORIENTAÇÃO DA MESTRE ALEXANDRA PEREIRA

---

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Aluna do 7º Curso do Mestrado em Cuidados Paliativos

“Para ter algo que você nunca teve, é preciso fazer algo que você nunca fez.”  
**Chico Xavier**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, pela oportunidade de realizar essa formação em outro país e que mesmo distante esteve sempre presente.

Ao professor José Carlos Amado, que enquanto pode sempre esteve presente, com muita paciência, disponibilidade e interesse pelo estudo.

À mestre Alexandra, por ter assumido essa caminhada já após seu início, e ter desempenhado um belo trabalho sempre com muito esforço e competência.

Aos amigos que fiz nesse país e ao apoio daqueles de sempre e que mesmo distantes se fizeram presentes.

## RESUMO

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida e da incidência das doenças crônicas é essencial que existam cada vez mais profissionais habilitados para lidar com essa demanda. É amplamente reconhecido que os cuidados paliativos (CP) são aplicáveis numa diversidade de contextos de saúde, sendo que todos os profissionais de saúde devem ter formação em CP para serem capazes de prestar cuidados de qualidade para atender às necessidades e desafios dos doentes e famílias, independentemente do diagnóstico. **Objetivo:** Analisar como os profissionais de saúde que finalizaram sua formação avançada no Curso de Mestrado em CP da FMUP percebem a influência dessa formação na sua vida profissional. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório, realizado através de pesquisa qualitativa e quantitativa. Utilizou-se um questionário semi-estruturado autoaplicado, utilizando a ferramenta Google Docs. A carta convite foi enviada por email. O questionário ficou disponível durante 30 dias. **Resultados:** A amostra foi constituída por 46 ex-alunos do Curso. A maioria era do sexo feminino (95,7%) e a média de idade foi de 33,2 anos. A área profissional mais presente foi a enfermagem (45,7%), dentre outras 9 áreas. O tempo médio de formação pós ano curricular do curso foi de 1,9 anos. A maioria dos participantes (43,4%) trabalhavam nos cuidados de saúde hospitalares e 26,1% trabalhavam no contexto dos CP, ainda que não fosse sua ocupação principal. Em relação à realização do 2º ano do curso, 71,7% dos participantes ainda frequentam ou já finalizaram. Em relação à produção científica observou-se uma média baixa nas diferentes publicações (livros, capítulos, *abstracts*, comunicações e pósteres em eventos científicos e artigos científicos). Através da análise de conteúdo foram criadas 4 categorias temáticas: motivação para formação avançada em CP; competências; finitude da vida; e ensino e pesquisa. Estas subdividem-se em 13 subcategorias. **Conclusão:** O estudo permitiu refletir sobre as mudanças nos perfis pessoais e profissionais dos participantes e na sua aquisição de competências. As motivações que levaram os profissionais a buscar essa formação vão desde o aumento das necessidades em CP à lacuna na formação de base. Verificou-se que alguns participantes continuaram a realizar formação na área, o que poderá supor que algumas temáticas não terão sido abordadas em profundidade ao longo do curso. Observou-se ainda que a produção científica realizada na sequência do curso não foi significativa, situação que se supõe que possa ser decorrente de diversos fatores.

**Palavras-Chave:** Cuidados paliativos; Formação; Investigação.

## ABSTRACT

**Introduction:** With the growing of life expectancy and incidence of chronic diseases, it is essential that more healthcare professional are capacitated to deal with those needs. It is ampled recognized that palliative care is applicable to a variety of health contexts, and for that, healthcare professionals should have palliative care education so that they are able to deliver quality health care and satisfy the patient and family's needs and challenges. **Objective:** To analyze how the healthcare professionals who completed their advanced education in the FMUP's Master Course in Palliative Care perceive the influence of this course in their professional life. **Methodology:** Exploratory descriptive study, carried out through qualitative and quantitative research. A semi-structured self-administered questionnaire using the Google Docs tool was used. The invitation letter was sent via email. The questionnaire was available to participants for 30 days. **Results:** 46 former students of the Course constituted the sample. The majority were females (95.7%) and the mean age was 33,2 years. The professional area more prevalent was nursing (45.7%), among other 9 areas. The average time after the course was 1,9 years. The majority of participants (43.4%) worked in hospital health care and 26,1% worked in the context of CP, even if it was not their main occupation. Regarding the second year of the course, 71.7% of the participants still attend or have already finished. Regarding the scientific production, there was a low average in the different items (books, chapters, abstracts, communications and posters in scientific events and papers). Analyzing the content of questionnaires, four thematic categories emerged: motivation for advanced education in palliative care; Competencies; Life Closure; and Education and research. All of these categories have resulted in 13 subcategories. **Conclusion:** This study allowed us to reflect on the changes in the personal and professional profiles of the participants and their acquisition of competencies. The different motivations that led the professionals to seek this training range from the increase in palliative care needs to the basic training gap. It was also verified that some participants continued on searching for more education courses, which could indicate that some topics were not fully addressed during the master course. In addition, it was observed that the scientific production after the course was not significant, which could be explained by different factors.

**Keywords:** Palliative care; Education; Investigation.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

%	Porcentagem
ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APA	American Psychological Association
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
ARS	Administração Regional de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EAPC	European Association for Palliative Care
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
ECTS	European Credit Transfer System
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
INCA	Instituto nacional do Câncer
N	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro A - Categoria 1 e suas subcategorias..... 39

Quadro B - Categoria 2 e suas subcategorias ..... 39

Quadro C - Categoria 3 e suas subcategorias ..... 39

Quadro D - Categoria 4 e suas subcategorias..... 40

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto ao sexo (N e %)	34
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à idade (N e %)	34
Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à área profissional (N e %)	35
Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto ao local de trabalho (N e %)	36
Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto ao local de trabalho (Tipologias de Cuidados Paliativos) (N e %)	36
Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto à realização da dissertação de mestrado (N e %) ....	37



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
2. SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	14
3. CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E EM PORTUGAL .....	16
4. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	19
4.1. Formação em Cuidados Paliativos na Europa.....	23
4.2. Formação em Cuidados Paliativos nos Estados Unidos e Canadá.....	24
4.3. Formação em Cuidados Paliativos no Brasil.....	25
4.4. Formação em Cuidados Paliativos em Portugal.....	25
4.4.1. Oferta de formação.....	28
5. METODOLOGIA .....	30
5.1. Tipo do estudo.....	30
5.2. Objetivos .....	30
5.3. População-alvo e Amostra .....	31
5.4. Instrumento de Recolha de Dados.....	31
5.5. Procedimento de Análise de Dados.....	32
5.6. Procedimentos Formais e Éticos .....	32
6. RESULTADOS .....	34
6.1. Identificação pessoal e Profissional .....	34
6.2. Caracterização .....	38
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXOS.....	67
ANEXO I - Questionário	
ANEXO II - Carta Convite	
ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética	

# INTRODUÇÃO

Globalmente, em 2011, mais de 29 milhões de pessoas morreram de doenças exigindo cuidados paliativos (CP). O número estimado de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no final da vida é de 20,4 milhões. A maior proporção, 94%, corresponde aos adultos, dos quais 69% têm mais de 60 anos de idade e 25% têm entre 15 e 59 anos (Organização Mundial de Saúde, 2014). É amplamente reconhecido que os CP são aplicáveis numa diversidade de contextos de saúde, desde cuidados terciários em hospitais aos cuidados primários (Gamond, Larkin & Payne, 2013a).

Em 2003, o Conselho da Europa pronunciando-se sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Nem todos os profissionais necessitam do mesmo nível de formação, diferenciando-se a mesma em função da frequência e intensidade do contacto de cada profissional com doentes com necessidade de CP. Assim, podemos definir três níveis de formação, para diferentes destinatários: formação básica (nível A); formação pós-graduada de nível B ou intermédio; formação pós-graduada de nível C ou avançada (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Várias instituições de formação têm vindo a propor formação avançada no sentido de contribuir para a preparação de especialistas para a intervenção clínica, a gestão, a formação e a investigação.

Da formação avançada dos profissionais de saúde na área dos CP, espera-se, diversos resultados para os próprios, para as organizações de saúde e formação e para os cidadãos. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar como os profissionais de saúde que finalizaram sua formação avançada no Curso de Mestrado em CP da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) percebem a influência dessa formação na sua vida profissional.

Quanto aos aspetos metodológicos, tratou-se de um estudo descritivo exploratório e para tal foi criado um questionário semi-estruturado autoaplicado

utilizando a ferramenta Google Docs. Esse instrumento foi enviado aos possíveis participantes, que tiveram acesso ao mesmo durante 30 dias.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O conteúdo foi analisado por meio de metodologia qualitativa (análise de conteúdo) e quantitativa, utilizando o programa SPSS, versão 19.

Os resultados obtidos demonstraram a importância da formação avançada na área com escolas em constante qualificação para melhoria do ensino, a necessidade de desenvolvimento e incentivo na área académica e científica e na oferta de vagas no mercado de trabalho aos profissionais formados.

Essa dissertação está estruturada em 7 capítulos. O primeiro capítulo refere-se à definição, princípios e filosofia dos CP. O segundo capítulo aborda o desenvolvimento dos CP. O terceiro capítulo refere-se à difusão e organização dos cuidados paliativos no mundo e em Portugal. O quarto capítulo aborda a formação em cuidados paliativos em diferentes países. O quinto capítulo refere-se à metodologia utilizada na dissertação. No sexto capítulo apresentam-se os resultados, sendo estes discutidos no sétimo capítulo.

As referências bibliográficas estão em concordância com o estilo APA 6ª edição.

# **1. CUIDADOS PALIATIVOS**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos (CP) constituem uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes (adultos e crianças) e seus familiares, quando confrontados com problemas inerentes a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Têm como objetivo prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, seja de ordem física, psicológica ou espiritual (Organização Mundial de Saúde, 2002). Os CP oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até a morte (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016, p.7).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) os princípios que regem a atuação multiprofissional nos CP são:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao doente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o doente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e a enfrentar o luto;
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos doentes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Os CP são expressamente reconhecidos no contexto do direito humano à saúde. Atualmente existe um elevado número de doenças que exigem CP, por culminarem em situações complexas de saúde, acompanhadas de descontrolo sintomático. A maioria dos adultos que necessita de CP padecem de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), AIDS

(5,7%) e diabetes (4,6%). Muitas outras condições podem exigir cuidados paliativos, como por exemplo, insuficiência renal, doença crónica do fígado, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatóide, doenças neurológicas, demência, entre outras (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Os CP atingem a sua maior eficácia quando considerados numa fase precoce no curso da doença. A introdução precoce dos CP não só melhora a qualidade de vida dos doentes, mas também reduz internamentos e uso de serviços de saúde desnecessários (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Em relação ao prognóstico do doente paliativo, prever a evolução de uma determinada doença continua a ser uma competência técnica fundamental ao exercício assistencial. Muitos médicos ainda se sentem inseguros a responder questões relacionadas ao prognóstico, o que faz que de um modo geral os profissionais evitem prognosticar e quando o fazem acabam por não serem tão específicos. Existem recursos que auxiliam o profissional nessa tarefa, como os índices de prognósticos e a previsão clínica do tempo de vida. A vantagem desse último recurso é sua flexibilidade, pois existem ferramentas que ainda não podem ser utilizadas devido sua não validação (Tavares, 2010).

Ressalta-se ainda, a importância do prognóstico no âmbito das políticas de saúde, uma vez que a disponibilização de serviços especializados pode estar condicionada ao prognóstico dado (Tavares, 2010).

Por fim, os CP devem ser prestados em conformidade com os princípios de cobertura de saúde universal. Todas as pessoas, independentemente da renda, o tipo de sofrimento, doença ou idade, devem ter acesso a um conjunto de serviços básicos de saúde, incluindo cuidados paliativos (Organização Mundial de Saúde, 2015).

## **2. SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Na década de 60 se iniciaram em diferentes países, mas principalmente na Inglaterra, movimentos voltados à atenção a doentes graves e incuráveis e suas famílias, que tinham como objetivo melhorar o apoio dado ao doente em sua fase terminal (Río & Palma, 2007)

O desenvolvimento dos CP iniciou-se no Reino Unido com o movimento *Hospice*, oferecendo continuidade dos cuidados aos doentes incuráveis. Cicely Saunders introduziu essa mudança com a sua visão da medicina holística, combinando uma abordagem humanista e sensível dos cuidados com o uso do conhecimento e técnicas avançadas para controle dos sintomas. Por alguns anos os CP foram “propriedade exclusiva” do Reino Unido (Clark, 2006).

O “início oficial” do chamado movimento moderno dos *Hospices* se deu com a fundação do St. Christopher Hospice em Londres, em 1967. Os resultados obtidos nessas instituições mostraram que um bom controle dos sintomas, uma adequada comunicação e o acompanhamento emocional, social e espiritual podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes terminais e suas famílias (Río & Palma, 2007).

Ao longo dos anos, a estrutura do Hospice permitiu além da assistência aos doentes, o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (ANCP, 2012). Profissionais de outros países, principalmente dos Estados Unidos e Canadá, após período de experiência no St. Christopher’s Hospice, levaram a prática dos Cuidados Paliativos para seus países de origem (ANCP, 2012).

Na restante Europa dois eventos foram importantes para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, o primeiro foi a disseminação de um livreto da Organização Mundial da Saúde em 1986, que chamou atenção para a dor oncológica e o aumento do uso de opióides e o segundo foi o primeiro Congresso Internacional organizado em Milão, Itália, graças à iniciativa do Professor Vittorio Ventafridda e da Fundação Floriani (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006).

Com o objetivo de divulgar a aplicação de cuidados paliativos na Itália e em todo o mundo, a Fundação Floriani promoveu e apoiou a criação da Associação

Européia de Cuidados Paliativos (EAPC) em 1988, com o objetivo de aumentar a sensibilização e promover o desenvolvimento e divulgação de medidas paliativas de cuidado a nível científico, clínico e social (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006; Organização Mundial de Saúde, 2004).

A EAPC desenvolveu estudos e investigação na área, oferecendo patrocínio a eventos educativos que promoviam a disseminação e o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Além disso, a promoção e o patrocínio a publicações ou periódicos sobre cuidados paliativos foram aprovados, reunindo os que estudavam e praticavam as disciplinas envolvidas no cuidado aos doentes com doença avançada (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006).

Em 1992, as primeiras associações de cuidados paliativos entraram para EAPC, e, em 2004, a associação tornou-se uma federação com 31 associações de 22 países, representando um movimento de cerca de 50.000 pessoas (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006).

Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez para 90 países e em 15 idiomas o conceito e os princípios dos cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os. Tal definição foi inicialmente voltada para os doentes oncológicos, preconizando os cuidados paliativos na assistência integral a esses doentes, visando os cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passaram a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao doente oncológico (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Em 2004, a OMS publicou um novo documento, *The solid facts – Palliative Care*, o qual reforça a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crónicas, inclusive em programas de atenção aos idosos.

O conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos cuidados paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos (Organização Mundial de Saúde, 2007).

### **3. CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E EM PORTUGAL**

Estima-se que a cada ano 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, sendo que 78% dessas vivem em países de baixa renda e de renda mediana. No caso das crianças, 98% daquelas que precisam de tais cuidados vivem em países de baixa renda e países de renda média; sendo quase metade deles na África (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006).

O rápido envelhecimento populacional, associado ao aumento de múltiplas doenças não transmissíveis, fará com que a necessidade de cuidados paliativos aumente dramaticamente nos próximos 50 anos (Stjernsward, Foley, & Ferris, 2007, p. 487).

A Europa está enfrentando uma importante mudança demográfica. As previsões das Nações Unidas para os países europeus para 2020, são que 26 a 32% da população terá mais de 60 anos. Esta situação implica uma série de dificuldades para um futuro próximo: mudança da epidemiologia da doença, aumento da idade dos cuidadores, implicações financeiras para os sistemas de saúde e na gama de configurações para o cuidado (Conno, Blumhuber, & Rocafort, 2006).

Entretanto, esta mudança na estrutura da população não significa necessariamente que o custo dos cuidados para as pessoas nos últimos anos de sua vida acabará por sobrecarregar o financiamento dos serviços de saúde. De fato, as comparações internacionais não mostram uma relação consistente entre a proporção de idosos e os custos totais de cuidados de saúde de um país. No entanto, maneiras inovadoras de fornecer cuidados podem ser desenvolvidas para atender às necessidades (Organização Mundial de Saúde, 2004).

De acordo com um estudo de 234 países, territórios e regiões realizado em 2011, os serviços de cuidados paliativos só foram devidamente integrados em 20 países, enquanto 42% dos países não possuíam tais serviços, e um adicional de 32% só tinham serviços de cuidados paliativos isolados (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Após 47 anos desde a abertura do *St. Christopher's Hospice* no Reino Unido, houve um crescimento lento, mas constante em programas que atendem às necessidades de pessoas com doenças com risco de vida. No ano de 2014, havia



aproximadamente 16.000 serviços de cuidados paliativos ou unidades de cuidados paliativos em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Em Portugal, os CP se iniciaram na década de 90, sendo relativamente recente no país. Em 1992 foi criada uma Unidade de tratamento da dor crónica dentro do hospital na cidade de Fundão, no centro de Portugal, a qual posteriormente se transformou no departamento de medicina paliativa do Hospital. Mais tarde, em 1994 e 1996 respetivamente, iniciaram-se serviços de CP no Porto e Odivelas e no ano de 2001, foi aberto em Coimbra o serviço no Instituto Português de Oncologia (Neto, 2010).

No ano de 2009, o número de serviços e programas ainda tinha uma expansão muito limitada, contando com apenas dezoito equipas de CP em funcionamento (Marques, et al., 2009). Já no final do ano de 2016, o Serviço Nacional de Saúde divulgou uma listagem com o número de serviços ativos:

- 26 Unidades de Cuidados Paliativos (Internamento);
- 35 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e 8 previstas para o ano de 2017;
- 19 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Sistema Nacional de Saúde, 2017).

Através dessa listagem, é possível observar uma evolução significativa no número de serviços disponíveis.

Em 2015, de acordo com o “*The 2015 Quality of Death Index*”, documento publicado pelo *Economist Intelligence Unit*, Portugal estava em 24º no índice de qualidade de morte. Os critérios analisados foram o ambiente dos cuidados paliativos em particular e dos cuidados de saúde em geral; os recursos humanos; o preço e a qualidade dos cuidados paliativos; e o envolvimento na comunidade em geral. O índice anterior, realizado no ano de 2010, desencadeou uma série de debates políticos sobre a prestação de CP em todo o mundo, e desde então houveram mudanças e vários países tiveram avanços significativos em termos de política nacional (diretrizes, leis ou programas nacionais ainda mais atualizados), dentre eles Portugal (The Economist Intelligence Unit, 2015).

Ainda existe uma classificação proposta pela OMS, que classifica os países em quatro grupos, de acordo com seu nível de desenvolvimento em CP, desde nenhuma atividade detetada (grupo 1) a integração avançada (grupo 4b) (Organização Mundial de Saúde, 2014):

- Grupo 1: Nenhuma atividade detetada;
- Grupo 2: Em capacitação;
- Grupo 3a: Provisão isolada;
- Grupo 3b: Provisão generalizada;
- Grupo 4a: Integração preliminar;
- Grupo 4b: Integração avançada.

Portugal está classificado no grupo 3b, que se refere à generalização da prestação de cuidados paliativos. Países que estão nesse grupo são caracterizados por: desenvolvimento da prestação de cuidados paliativos em vários locais com o crescimento do apoio local nessas áreas; múltiplas fontes de financiamento; disponibilidade de morfina; serviços de cuidados paliativos proporcionados por entidades independentes do sistema de saúde; e a provisão de alguma formação e iniciativas de educação pelas organizações de cuidados paliativos (Organização Mundial de Saúde, 2014).

## **4. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Para efetivamente integrar cuidados paliativos em uma sociedade e mudar a experiência de doentes e famílias, existem quatro componentes do Modelo de Saúde Pública da OMS que devem ser abordados. Deve haver: 1) políticas adequadas, 2) disponibilidade adequada de medicamentos, 3) educação dos profissionais de saúde e do público, e 4) implementação de serviços de cuidados paliativos em todos os níveis em toda a sociedade. Nesse processo sempre se considera o contexto da cultura, da demografia, da socio economia e o sistema de saúde do país (Stjernswärd, Foley & Ferris, 2007).

Dessa forma, todos os profissionais de saúde e trabalhadores devem ser capazes de fornecer cuidados paliativos adequados e, portanto, precisam ser treinados para fornecer os mais elevados padrões possíveis de cuidados, a fim de satisfazer as necessidades desafiadoras dos doentes e famílias, independentemente do diagnóstico. Certos aspetos da educação e da formação são, por necessidade, específicos da disciplina. No entanto, existem claramente elementos de formação de cuidados paliativos e competências essenciais para a prática que são relevantes para todos os grupos profissionais envolvidos em cuidados paliativos (Gamond, Larkin, & Payne, 2013a).

A Recomendação do Comité de Ministros dos Estados-Membros do Conselho da Europa, no ano de 2003, sobre a organização dos cuidados paliativos sublinha a necessidade de programas educativos estruturados integrados na formação de todos os profissionais de saúde interessados. Refere a necessidade de que todos os profissionais de saúde e de assistência social e os trabalhadores envolvidos em cuidados paliativos sejam treinados adequadamente para as suas tarefas de uma forma concreta, perspicaz e culturalmente sensível (Gamond, Larkin, & Payne, 2013a).

A formação em CP é reconhecida internacional e consensualmente como elemento essencial e determinante para a prática dos CP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Os níveis de formação em CP, variam de acordo com a frequência e intensidade com que o profissional irá entrar em contato com o doente que necessita de CP.

Existem três níveis de formação para diferentes destinatários (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

O nível A, se refere a Formação Básica com programas/atividades de formação com duração entre 18 e 45 horas. Pode ser lecionada através da formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo. É destinada a alunos e profissionais de saúde em geral (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

O nível B, se refere a Formação Pós-graduada com atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. É destinada a profissionais envolvidos com mais frequência em situações com necessidades paliativas, mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

O nível C, se refere a Formação Pós-graduada com a realização de Doutorado/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. São lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional. É destinado a profissionais que exerçam funções em serviços cuja atividade principal é a prestação de CP, cuidando de doentes com necessidades complexas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

A EAPC reconhece o valor inerente da aprendizagem partilhada entre disciplinas e que os papéis e funções no âmbito da prestação de cuidados paliativos podem variar consideravelmente em toda a UE, em relação à extensão do desenvolvimento e à diversidade dos serviços (Gamond, Larkin, & Payne, 2013a).

Além disso, a EAPC considera três níveis de educação referentes ao âmbito e foco dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados paliativos:

- Abordagem Paliativa: realizada em ambientes que não são especializados em cuidados paliativos. Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...). Todos os profissionais da área da saúde deverão ter formação básica ao finalizarem. Os cuidados paliativos aqui não são o foco principal do seu trabalho.

- Cuidados Paliativos Gerais: prestados por profissionais de cuidados básicos (cuidados de saúde primários) e especialistas que tratam de doentes com doenças que ameaçam a vida e que têm bons conhecimentos e competências em cuidados paliativos básicos. Devem ser disponibilizados aos profissionais que estão envolvidos com mais frequência com doentes em cuidados paliativos, como oncologistas e especialistas em geriatria, mas os cuidados paliativos não são o foco principal do seu trabalho. Devem ter formação de nível intermediário obtida a nível de pós-graduação.
- Cuidados Paliativos Especializados: Prestados em serviços cuja principal atividade é a prestação de cuidados paliativos. Estes serviços em geral cuidam de doentes com necessidades complexas e difíceis e, portanto, exigem um maior nível educacional dos envolvidos no cuidado. Cuidados paliativos especializados são direcionados a doentes com problemas complexos não atendidos adequadamente por outras opções de tratamento. Os profissionais devem ter formação avançada em Cuidados Paliativos (pós graduação e/ou mestrado) (Gamond, Larkin, & Payne, 2013b).

Ainda, a EAPC (2013) descreve competências centrais relevantes para todos os que praticam cuidados paliativos a nível geral, independentemente da sua disciplina:

- 1) Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias;
- 2) Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença;
- 3) Atender às necessidades psicológicas dos doentes;
- 4) Atender às necessidades sociais dos doentes;
- 5) Atender às necessidades espirituais dos doentes;
- 6) Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
- 7) Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos;

- 8) Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipa interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos;
- 9) Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos;
- 10) Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional (Gamond, Larkin, & Payne, 2013b).

Diretrizes são essenciais para o desenvolvimento de Programas de Educação em CP. As competências centrais devem ser norteadoras para fornecer conhecimento, as habilidades e os atributos necessários para entender e praticar os cuidados paliativos adequadamente (Gamond, Larkin, & Payne, 2013b).

Um estudo realizado em Portugal com 272 profissionais e estudantes da área da saúde, verificou o impacto da formação em CP na percepção da necessidade desse cuidado a doentes com demência. Os participantes desse estudo que não tinham nenhuma formação na área não consideravam que doentes com demência poderiam se beneficiar dos CP (Pereira, 2013).

Outro estudo publicado no Brasil por Silva, et al. (2013), realizou a análise das concepções de uma equipa multiprofissional sobre a implementação dos CP em Unidade de terapia intensiva adulto, o qual revelou que a ausência de formação avançada entre esses profissionais influenciava diretamente a sua prática, pois o despreparo da equipa com déficit de conhecimento, a relutância em aceitar a inevitabilidade da morte e dilemas éticos-legais envolvendo a temática influenciavam diretamente a abordagem paliativa no cuidado ao doente. Ainda foi citada a falta de motivação no cuidado ao doente no fim de vida, pois os profissionais relataram que foram formados necessariamente para tratar, reabilitar e curar.

Dessa forma, é enfatizada a necessidade de que os profissionais que atuam com doentes em situações complexas de saúde e descontrolo de sintomas, tenham formação específica na área dos CP para ofertar um cuidado mais adequado às reais necessidades do doente e sua família.

#### **4.1. Formação em Cuidados Paliativos na Europa**

Segundo Kira, Montagnini, & Barbosa (2008, p.598) “no continente europeu há serviços de Cuidados Paliativos difundidos em quase todas as nações e a Inglaterra é o país com a maior cobertura no mundo no Cuidado Paliativo, seguido pela Espanha”. Twycross (2000) refere que todas as escolas de enfermagem e de medicina do Reino Unido incluem Cuidados Paliativos no conteúdo de seus currículos e que também foram criados vários cursos de pós-graduação em CP.

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido nos anos 2000, verificou-se que na formação em cuidados paliativos houveram mudanças desde 1994, as quais resultaram num aumento no uso do *role play* em detrimento do uso de manequins. O número de horas letivas foi ampliado e a maior mudança em relação à pesquisa de 1994, envolveu o aumento do uso de especialistas em medicina paliativa (Oneschuk, 2006).

Atualmente, as universidades europeias estão cada vez mais incluindo cuidados paliativos em cursos de pré-qualificação para futuros médicos e enfermeiros. Em 2015, um estudo informou que seis países forneceram cursos obrigatórios de cuidados paliativos para todos os estudantes de medicina. Também indicou que bons exemplos de educação se encontram no Reino Unido, Bélgica, França, Israel, Noruega, Áustria, Alemanha e Irlanda. Nesses países, uma força de trabalho educacional está desenvolvendo a educação em cuidados paliativos a nível de graduação. A certificação oficial em cuidados paliativos pode beneficiar as gerações mais novas na construção de suas carreiras (Carrasco et al., 2015).

No ano de 2014, 18 países tinham uma especialidade / sub-especialidade ou uma área de competência específica em cuidados paliativos e dez destes a estabeleceram nos últimos cinco anos (Centeno, Bolognesi, & Biasco, 2016).

Entretanto, Carrasco et al. (2015) refere que ainda existe uma ampla variação nos níveis de desenvolvimento da educação em medicina paliativa entre os países europeus. O desenvolvimento desigual de educação de graduação em medicina paliativa que identificamos no contexto europeu sugere que a integração de programas específicos de medicina paliativa em universidades em toda a Europa deve continuar avançando para atender às necessidades de saúde dos cidadãos europeus.

## **4.2. Formação em Cuidados Paliativos nos Estados Unidos e Canadá**

Nos Estados Unidos houve uma ligeira evolução na formação em medicina paliativa entre 1975 e 2000 (Oneschuk, 2006). As deficiências no ensino médico na área de cuidado ao doente terminal geraram várias iniciativas a nível nacional, que tiveram como objetivo melhorar essa situação naquele país. Em 2003, cuidados paliativos e cuidados em fim de vida foram incluídos no currículo da residências médica de algumas especialidades, como por exemplo a geriatria, medicina familiar, neurologia, oncologia, hematologia, entre outras (Kira, Montagnini, & Barbosa, 2008).

Em uma pesquisa realizada nos anos 2000, os cuidados paliativos foram abordados diretamente em 87% das escolas médicas e a maioria dos alunos foi exposto a um doente em hospice. O número de escolas que não ofereciam formalmente qualquer aspeto sobre morte e o morrer "caiu de 13% em 1975 para 0% em 2000". O número médio de horas de ensino foi de cerca de 14 horas (Oneschuk, 2006).

No Canadá, entre os anos de 2001 e 2002 foi identificado um aumento de 16 escolas médicas de educação paliativa no país comparada ao ano de 1997 (Oneschuk, 2006).

Na classificação proposta pela OMS que avalia o nível de desenvolvimento em Cuidados Paliativos, esses países fazem parte do grupo 4B, ou seja, último nível de evolução proposto pela OMS. No que se refere à parte educacional, são países onde os serviços de cuidados paliativos estão em uma fase de integração avançada, com fornecimento abrangente de todos os tipos de cuidados paliativos por múltiplos prestadores de serviços, ampla consciência dos cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde, comunidades locais e sociedade em geral, impacto substancial dos cuidados paliativos nas políticas, em especial na política de saúde pública e o desenvolvimento de centros educativos reconhecidos. Ainda, a existência de uma associação nacional de cuidados paliativos reforça essa ideia (Organização Mundial de Saúde, 2014).



### **4.3. Formação em Cuidados Paliativos no Brasil**

No Brasil, os CP surgiram na década de 80, momento no qual a abordagem dominante no sistema de saúde era a curativa. O primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil iniciou-se no Rio Grande do Sul em 1983, seguidos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná (Hermes & Lamarca, 2013). Houve uma expansão em 1997, com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura em seu hospital uma unidade exclusiva para os CP. Em 2005, é criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a qual foi um salto institucional enorme (Costa, Poles, & Silva, 2016). Com a ANCP avançou a regularização profissional do paliativista brasileiro, estabeleceram-se critérios de qualidade para os serviços de cuidados paliativos, realizaram-se definições precisas do que é e o que não é cuidados paliativos e levou-se a discussão para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina – CFM e Associação Médica Brasileira – AMB (ANCP, s.d.).

Outro grande avanço foi registrado em 2011: o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu os CP como área de atuação médica, a partir da Resolução CFM 1973/20117.

Ainda existem fatores que influenciam o desenvolvimento da prática do paliativismo neste país, como: a limitação na formação de médicos e profissionais de saúde em CP, essencial para o atendimento adequado, baixo número de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade e ausência de disciplina específica na formação de profissionais de saúde (ANCP, 2009; Costa, Poles, & Silva, 2016).

### **4.4. Formação em Cuidados Paliativos em Portugal**

Nesse país, verificou-se que a inclusão de uma unidade curricular dedicada aos CP no planos de estudos de diferentes áreas profissionais da saúde era ainda limitada. De um total de 133 planos de estudos analisados e acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, somente 17% incluíam a unidade

curricular de CP. Quanto a formação pós-graduada, não existem dados fidedignos relativos ao número de profissionais que possuem esse nível de formação (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Quanto a formação médica, a educação em medicina paliativa só é oferecida em um número limitado de Universidades como um curso opcional e em muitas Universidades essa opção não é disponibilizada (Carrasco et al., 2015).

No Plano Estratégico para o desenvolvimento dos CP em Portugal – Biénio 2017-2018, a formação e capacitação dos profissionais de saúde estão como linhas estratégicas, com o objetivo de potenciar a formação específica em CP (teórica e prática), a nível pré e pós-graduado e capacitar os profissionais de saúde que vão integrar as equipas específicas de CP. E como eixos de intervenção prioritários, o estabelecimento de critérios de certificação, acreditação e monitorização da qualidade das equipas de CP e a disponibilização de meios para a concretização dos mesmos, de forma a garantir que as equipas ditas de CP, sejam efetivamente especializadas nesta área do cuidado. Espera-se a formação e capacitação dos profissionais de saúde com os seguintes ações a desenvolver:

- a) Desenvolver “Centros de Referência” em CP nos hospitais dos grupos E e F para potenciar a formação específica (teórica e prática), a nível pré e pós-graduado e capacitar os profissionais de saúde que vão integrar as equipas de CP.
- b) Fomentar a formação básica em CP ao nível da formação pré-graduada, incluindo conteúdos de CP, com prática clínica, nos planos curriculares de todas as escolas de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social.
- c) Trabalhar com as Ordens Profissionais no sentido de definirem perfis de especialistas em CP, regularem a concessão desse título e contribuírem para a definição das dotações seguras de pessoal.
- d) Criar e formalizar o Consórcio de Parceiros Estratégicos na qualificação dos profissionais das equipas de CP (ARS, Escolas Superiores de Saúde, APCP, ...).
- e) Formar os profissionais das equipas consultoras de CP (ECSCP e EIHS CP) sobre o uso de instrumentos de identificação precoce de

doentes com necessidades paliativas (como por exemplo o instrumento NECPAL), para que sejam depois formadores dos profissionais de saúde das instituições em que trabalham.

- f) Elaborar o plano curricular de um Curso de CP de nível intermédio a realizar nas ARS, em parceria com Instituições do Ensino Superior e APCP. Este será devidamente creditado, para permitir equivalências de formação, nos cursos avançados de pós-graduação, aos profissionais que desejarem posteriormente especializar-se nesta área. Estes cursos terão como principais destinatários os profissionais da RNCCI e posteriormente profissionais de outros serviços com elevada prevalência de doentes com necessidades paliativas, nomeadamente a Medicina Interna, Oncologia e Medicina Geral e Familiar.
- g) Elaborar um roadmap dos diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, e outros) com formação especializada e dos locais onde estão a trabalhar.
- h) Estabelecer orientações estratégicas e técnicas no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e voluntários a envolver na prestação de CP (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016, p.33-34).

Ainda, a formação avançada em CP acaba por ser forte elemento para a consolidação da lei de bases n.º 52/2012, uma vez que existem legislações descritas que exigem a formação na área.

Afim de reforçar essa idéia, pode-se citar a base VIII, no item responsabilidade do Estado, que está em assegurar a atualização permanente dos profissionais e equipas; a base XI na Coordenação na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que regulamenta que o Presidente da RNCP tenha formação específica em CP; a base XII, relacionado ao estabelecimento de orientações estratégicas e técnicas no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e voluntários a envolver na prestação de cuidados paliativos; a base XVI, que descreve que a Unidade de Cuidados Paliativos é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa; a base XVII, que refere que a equipa intra

hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, deve prestar aconselhamento e apoio diferenciados em Cuidados Paliativos especializados a outros profissionais, aos serviços do hospital, aos doentes e suas famílias; na base XVII, em relação a equipa comunitária de suporte em Cuidados Paliativos, que assegura formação as equipas de saúde familiar e aos profissionais que prestam cuidados continuados no domicílio; base XIX, que assegura que a coordenação técnica e funcional das Unidades e equipas de Cuidados Paliativos, que integra médicos e/ou enfermeiros com formação avançada e experiência reconhecida em Cuidados Paliativos.

Por fim, a base XXVII, que descreve que a política de recursos humanos para as unidades e equipas de cuidados paliativos deve ser regida por padrões de qualidade, baseada na formação específica, de acordo com os níveis de diferenciação recomendados, como também que a formação, nomeadamente no seu nível avançado, deve incluir uma componente de estágios profissionais, que as ordens profissionais certifiquem formações especializadas de nível avançado em cuidados paliativos e definam os critérios considerados mínimos para uma formação adequada nesta área e que as equipas multidisciplinares podem ser complementadas por voluntários com formação específica, sendo a sua atividade enquadrada por um profissional de saúde da equipa com a qual colaboram, nos termos da lei geral e normativos a emitir pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.

#### ***4.4.1. Oferta de formação***

Em Portugal existem seis Universidade que oferecem curso de formação avançada em CP, dentre elas estão a Universidade de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, Universidade de Coimbra, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Universidade do Porto (Agência de avaliação e acreditação do ensino superior, s.d.).

Na Universidade do Porto, o curso é oferecido pela Faculdade de Medicina e tem duração de 4 semestres, contabilizando um total de 120 créditos ECTS. Iniciou-se no ano de 2009/2010, com um total de 40 vagas anuais.

O primeiro ano curricular concretiza-se através da conclusão com aproveitamento dos seguintes módulos obrigatórios: Introdução aos Cuidados Paliativos; Investigação Clínica e Evidência em Saúde; Ética e Espiritualidade no Fim da Vida; Relações Interpessoais em Cuidados Paliativos; O Sistema de Saúde e a Organização dos Cuidados Paliativos; Terapêutica em Cuidados Paliativos; Cuidados Continuados e de Acompanhamento; Sofrimento, Luto e Qualidade de Vida; Controlo de Sintomas em Cuidados Paliativos. Ao finalizar o primeiro ano, o aluno tem a certificação do curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos, com 60 créditos ECTS.

Para obtenção do certificado de Mestrado em Cuidados Paliativos, o aluno deverá se matricular para o segundo ano do curso, no qual será produzida sua dissertação de mestrado ou trabalho de projeto, que após avaliação lhe dará a certificação.

Os objetivos do curso são a aquisição de competência e formação metodológica alargada, sólida e adequada em investigação em cuidados paliativos e desenvolver investigação nesta área (FMUP, 2009).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado através de pesquisa qualitativa (análise de conteúdo) e quantitativa. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A abordagem qualitativa envolve o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Cavalcanti, Calixto & Pinheiro, 2014).

As variáveis quantitativas serão submetidas à análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e as variáveis qualitativas serão submetidas a análise e exploração dos conteúdos. A partir da exploração dos conteúdos serão criadas categorias e possivelmente subcategorias, baseando-se em expressões ou palavras significativas e em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

### **5.2. Objetivos**

O objetivo de um estudo indica o motivo da investigação. É um enunciado declarativo que demonstra a orientação da investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 2000).

Dessa forma, para se alcançar as respostas para esse estudos foram estabelecidos os seguintes objetivos:

#### Objetivo geral:

Analisar como os profissionais de saúde que finalizaram sua formação avançada no Curso de mestrado em CP da FMUP percebem a influência dessa formação na sua vida profissional.

#### Objetivos específicos:

- a) Caracterizar a amostra quanto as aspetos sócio-demográficos e profissionais;
- b) Identificar as motivações que levaram os profissionais a buscar formação avançada em CP;
- c) Identificar vantagens e desvantagens percebidas pelos profissionais decorrentes da formação avançada realizada;
- d) Conhecer o impacto da formação avançada em CP na qualidade do trabalho;
- e) Conhecer a influência da formação avançada em CP na produção e divulgação de conhecimento.

### **5.3. População-alvo e Amostra**

A pesquisa foi efetuada com profissionais que realizaram o curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, desde a primeira turma, no ano de 2009 à última no ano de 2015, sendo convidados profissionais de todas as turmas formadas até o momento.

Os critérios de inclusão definidos foram a participação de indivíduos que completaram com sucesso o primeiro ano do curso de mestrado em CP da FMUP que aceitem livremente participar no estudo e o critério de exclusão definido foi indivíduos que não realizaram o Curso de Mestrado em CP na FMUP.

### **5.4. Instrumento de Recolha de Dados**

Foi desenvolvido um questionário semi-estruturado autoaplicado utilizando a ferramenta Google Docs, contendo questões referentes a dados pessoais e profissionais e relativas a formação em Cuidados Paliativos (Anexo I). A pesquisa foi realizada virtualmente, sendo que a carta convite (Anexo II) foi enviada via email. O

questionário ficou disponível aos participantes durante 30 dias, a contar da data de envio.

Toda a informação relativa ao estudo e à participação no mesmo (tema, objetivos, caráter voluntário da participação, tempo previsto como necessário para a resposta, possibilidade de interromper a resposta a qualquer momento, dados de contato da investigadora e a presunção de que a resposta ao questionário e, no final, clicar em “enviar” são critérios suficientes para assumir o consentimento para a participação no estudo) estavam descritas na carta convite.

A mesma informação foi repetida no início do questionário, garantindo-se assim que a participação foi verdadeiramente livre.

## **5.5. Procedimento de Análise de Dados**

Os dados foram analisados por meio de análise qualitativa (análise de conteúdo) e quantitativa. A partir da exploração dos conteúdos foram criadas categorias e subcategorias, baseando-se em expressões ou palavras significativas e em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado.

As variáveis quantitativas foram submetidas à análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas), com o auxílio do programa SPSS versão 19.

## **5.6. Procedimentos Formais e Éticos**

Todos os dados foram colhidos de forma anónima. O email com carta convite foi enviado pela coordenação do Curso de Mestrado em CP, não existindo acesso da investigadora aos endereços de mail.

Toda a informação colhida é confidencial, sendo o tratamento dos dados realizado em conjunto e nunca caso-a-caso.

Foi obtido parecer positivo pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo III) e posteriormente foi obtida autorização pela



Direção do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, através do Professor Doutor Rui Nunes.

No total foram respondidos 46 questionários, não sendo nenhum excluído do estudo.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Identificação pessoal e Profissional

Participaram do estudo 46 indivíduos, sendo que houve preponderância do sexo feminino (95,7%) em relação ao sexo masculino (4,3%) (Tabela 1). Pastore, Rosa, & Homem (2008) referem que historicamente o campo de trabalho da área da saúde é um lugar de concentração de trabalho feminino. No setor de enfermagem 85% dos profissionais são mulheres. Na realidade hospitalar, as mulheres surgem em percentagem superior, representando cerca de 70% do conjunto dos trabalhadores.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto ao sexo (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	44	95,7
<b>Masculino</b>	2	4,3
<b>Total</b>	46	100

A maioria dos indivíduos participantes do estudo (87%) tinham abaixo de 40 anos de idade (Tabela 2). Em relação à idade, a média foi de 33,2 anos, a mediana 31,0 anos e a moda 32,0 anos. O desvio padrão foi de 7,79 anos. Ainda, 25% da amostra tem idade até 23,0 anos; 50% da amostra tem idade até 31,0 anos; e 75% da amostra tem idade até 36,0 anos.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à idade (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>20 a 29 anos</b>	17	37,0
<b>30 a 39 anos</b>	23	50,0
<b>40 a 49 anos</b>	2	4,3
<b>Mais de 50 anos</b>	4	8,7
<b>Total</b>	46	100,0

A área profissional da enfermagem teve maior participação nesse estudo com 45,6% de indivíduos, sendo que foram citadas outras nove áreas profissionais (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à área profissional (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Assistente social</b>	1	2,1
<b>Enfermagem</b>	21	45,6
<b>Fisioterapia</b>	2	4,3
<b>Gerontologia</b>	4	8,6
<b>Medicina</b>	7	15,2
<b>Nutrição</b>	3	6,5
<b>Terapia da fala</b>	2	4,3
<b>Terapia Ocupacional</b>	2	4,3
<b>Psicologia</b>	2	4,3
<b>Não respondeu adequadamente</b>	1	2,1
<b>Total</b>	46	100

Em relação ao tempo de formação desde o final do ano curricular do curso de mestrado em CP, o valor médio foi de 1,9 anos. A mediana e a moda foram de 1,0 ano. O desvio padrão foi de 1,8 anos. O valor mínimo obtido foi 0,0 anos e o máximo foi 6,0 anos. Ainda, para 25% da amostra o tempo de formação decorrido foi até 0,5 anos; para 50% da amostra foi até 1,0 ano; e para 75% da amostra foi até 3,5 anos.

Em relação ao local de trabalho, a área de cuidados de saúde hospitalares foi a mais citada pelos indivíduos, com 43,4 % atuando nesse contexto (Tabela 4). Não sendo a ocupação principal, 12 participantes relataram trabalhar na área de Cuidados Paliativos (26,1%) (Tabela 5).

**Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto ao local de trabalho (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cuidados de Saúde Primários</b>	6	13
<b>Cuidados Continuados Integrados</b>	3	6,5
<b>Cuidados de Saúde hospitalares</b>	20	43,4
<b>Cuidados Paliativos</b>	8	17,3
<b>Outros (Ambulatório, área social, docência)</b>	4	8,6
<b>Não trabalho na área da Saúde</b>	5	10,8
<b>Total</b>	46	100

Dos 12 indivíduos que relataram trabalhar em CP, a maioria refere trabalhar numa equipa intra-hospitalar (83,3%).

**Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto ao local de trabalho (Tipologias de Cuidados Paliativos) (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Equipa intra-hospitalar</b>	10	83,3
<b>Residencial para idosos</b>	1	8,3
<b>Cuidados domiciliários</b>	1	8,3
<b>Total</b>	12	100

Quanto a realização do segundo ano do Curso do Mestrado em Cuidados Paliativos, 26 indivíduos relataram que já finalizaram seu projeto/dissertação de mestrado e 13 dos participantes desse estudo realizaram apenas a formação avançada, não sendo obtido o título de mestre (Tabela 6).

**Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto à realização da dissertação de mestrado (N e %)**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não realizo/não realizei</b>	13	28,2
<b>Está em curso</b>	7	15,2
<b>Já terminei e já aconteceram as provas públicas</b>	26	56,5
<b>Total</b>	46	100

Os dados em relação à produção científica referidas pelos participantes foram analisados e quantificados.

Em relação ao número de livros encontramos três respostas não adequadas (missing). O valor médio, a mediana e a moda foram de 0,0 publicações. O desvio padrão foi de 0,1 publicações. O valor mínimo obtido foi de 0,0 publicações e o máximo de 1,0 publicações. Ainda, 75% da amostra tem até 0,0 publicações.

Em relação ao número de capítulos em livros, encontramos três respostas não adequadas. O valor médio foi de 0,1 publicações e a mediana e a moda foram de 0,0 publicações. O desvio padrão foi de 0,5 publicações. O valor mínimo obtido foi de 0,0 publicações e o máximo de 3,0 publicações. Ainda, 75% da amostra tem até 0,0 publicações.

Em relação ao número de *abstracts* publicados em atas de eventos científicos, encontramos quatro respostas não adequadas. O valor médio foi de 0,3 publicações e a mediana e a moda foram de 0,0 publicações. O desvio padrão foi de 1,0 publicações. O valor mínimo obtido foi de 0,0 publicações e o máximo de 6,0 publicações. Ainda, 75% da amostra tem até 0,0 publicações.

Em relação ao número de comunicações em eventos científicos, encontramos quatro respostas não adequadas. O valor médio foi de 0,7 comunicações e a mediana e a moda foram de 0,0 comunicações. O desvio padrão foi de 1,4 comunicações. O valor mínimo obtido foi de 0,0 comunicações e o máximo de 6,0 comunicações. Ainda, 75% da amostra tem score até 1,0 comunicação.

Em relação ao número de posters em eventos científicos, encontramos cinco respostas não adequadas. O valor médio foi de 0,5 posters e a mediana e a moda

foram de 0,0 posteres. O desvio padrão foi de 1,3 posteres. O valor mínimo obtido foi de 0,0 posteres e o máximo de 8,0 posteres. Ainda, 75% da amostra tem até 1,0 poster.

Em relação ao número de artigos científicos, encontramos quatro respostas não adequadas. O valor médio foi de 0,3 publicações e a mediana e a moda foram de 0,0 publicações. O desvio padrão foi de 0,6 publicações. O valor mínimo obtido foi de 0,0 publicações e o máximo de 3,0 publicações. Ainda, 75% da amostra tem até 1,0 publicação.

## **6.2. Caracterização**

Para a caracterização desse estudo foram realizadas questões norteadoras, dentre elas a percepção da influência da formação avançada no contexto de trabalho, o motivo pelo qual se optou pela formação nessa área, as mudanças observadas após formação e as oportunidades surgidas como formador, propagador e investigador no contexto dos CP.

Através da análise dos dados foram criadas 4 categorias temáticas: 1) Motivação para formação avançada em CP, sendo constituída por 3 subcategorias: a) Aumento da necessidade em cuidados paliativos, b) Mercado de trabalho e c) Lacuna na formação académica (Quadro A). A segunda categoria foi 2) Competências, sendo constituída por 4 subcategorias, a) Trabalho em equipa/ interdisciplinaridade, b) Controle de sintomas, c) Escuta ativa/ acolhimento ao doente e família / abordagem holística e d) Comunicação de más notícias (Quadro B). A terceira categoria foi 3) Finitude da vida, sendo constituída por 3 subcategorias, a) Reconhecimento da morte como processo natural, b) Cuidados no luto e c) Espiritualidade (Quadro C). A quarta categoria foi 4) Ensino e pesquisa, sendo constituída por 3 subcategorias, a) Continuidade da formação na área (estágios, cursos, seminários e congressos), b) Propagação dos CP no contexto prático junto a outros profissionais/alunos e c) Investigação no âmbito dos cuidados paliativos (Quadro D).

**Quadro A - Categoria 1 e suas subcategorias**

<b>Categoria 1</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>N</b>
<b>Motivação para formação avançada em CP</b>	Aumento da necessidade em CP	17
	Mercado de trabalho	2
	Lacuna na formação académica	6

**Quadro B - Categoria 2 e suas subcategorias**

<b>Categoria 2</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>N</b>
<b>Competências</b>	Trabalho em equipa/interdisciplinaridade	12
	Controle de sintomas	26
	Escuta ativa / acolhimento ao doente e família/ abordagem holística	16
	Comunicação de más notícias	1

**Quadro C - Categoria 3 e suas subcategorias**

<b>Categoria 3</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>N</b>
<b>Finitude da vida</b>	Reconhecimento da morte como processo natural	7
	Cuidados no luto	3
	Espiritualidade	1

**Quadro D - Categoria 4 e suas subcategorias**

<b>Categoria 4</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>N</b>
<b>Ensino e pesquisa</b>	Continuidade da formação na área (Doutoramento, estágios, cursos, seminários e congressos)	20
	Propagação dos CP no contexto prático junto a outros profissionais/alunos	19
	Investigação no âmbito dos cuidados paliativos	20



## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias temáticas criadas nesse estudo possibilitaram a discussão dos itens que emergiram nas subcategorias.

### **Categoria 1 – Motivação para formação avançada em CP**

#### **a) Aumento das necessidades em CP**

O aumento da longevidade e das doenças crônicas e progressivas, e ainda as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização do Sistema de Saúde (ANCP, 2006). A prevalência de algumas dessas doenças crônicas eleva-se a partir dos 60 anos, destacando-se: as doenças osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o cancro (Campolina, Adami, Santos, & Lebrão, 2013).

Considerando essa realidade, precisam ser ampliados os espaços de reflexão, formação e cuidado que permitam uma assistência digna aos doentes e a seus familiares durante todas as etapas do tratamento, o que naturalmente inclui os cuidados paliativos (Silva, 2017). Dessa forma, torna-se essencial que os profissionais graduados busquem formação adequada para lidar com demanda que a cada dia se tornará mais crescente. Essa percepção foi visível em 17 dos 46 questionários.

<b>Categoria: Motivação para formação avançada em CP</b>	
<b>Subcategoria: Aumento das necessidades em CP</b>	“A presença constante de doentes terminais/paliativos no serviço onde trabalho”. Q2
	“Trabalhar com doentes com doenças terminais, hospitalizados no serviço de Medicina interna e necessitar de saber prestar os cuidados mais indicados”. Q20
	“Necessidades profissionais uma vez que aparecem cada vez mais casos de doentes em fase paliativa em contexto domiciliário”. Q38
	“A crescente necessidade dos colegas de trabalho e familiares a procura de suporte em CP”. Q46

#### b) Mercado de trabalho

Considerando a transição demográfica e o aumento na expectativa de vida, não é estranho que alguns participantes tenham se interessado pela área devido à possibilidade de inclusão no mercado de trabalho.

Utilizando os dados demográficos do INE, no ano de 2015, o número de óbitos em Portugal foi de 108.511 pessoas e estima-se que em média 81.926 eram doentes com necessidades paliativas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016). No ano de 2009, Capelas publicou um artigo no qual refere as necessidades das diferentes tipologias de unidades/equipas e recursos humanos, sendo relatada a necessidade de uma média de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, e para as constituírem a necessidade, também em média, de 266 médicos e 465 enfermeiros com formação e dedicação específica. Ainda, o autor preconizou também a necessidade de 102 equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (uma em cada instituição hospitalar), para as quais se necessitaria de 204 médicos e uma média de 357 enfermeiros, com formação e dedicação específica (Capelas, 2009).

Atualmente, os números estão ainda bem longe de atingir esse patamar proposto, porém já se verificaram mudanças nesse contexto, e o que, de certa forma

influencia na escolha dos profissionais por essa área de atuação. Tal aspecto foi relatado em dois questionários.

<b>Categoria: Motivação para formação avançada em CP</b>	
<b>Subcategoria: Mercado de trabalho</b>	“O forte crescimento de unidades de cuidados paliativos e com isso uma possibilidade de emprego”. Q30
	“(…) uma grande carência deste segmento na saúde pública local”. Q46

c) Lacuna na formação

Essa subcategoria referiu-se ao descontentamento de alguns participantes com sua formação no que se refere à capacitação para atuação com doentes em contexto paliativo.

A formação de profissionais de saúde não oferta disciplinas relacionadas aos cuidados curativos e aquelas relacionadas aos cuidados paliativos e ao final da vida de modo equilibrado, o que torna um desafio para a educação em saúde a formação de profissionais capacitados ao atendimento de doentes em contexto paliativo (Silva, 2017).

A presença de déficits formativos instiga a refletir quanto à importância dos processos de formação para o trabalho, particularmente quando se refere aos profissionais que trabalham na área da saúde, em plena dinamicidade do conhecimento (Bordignon, et al., 2015).

Sendo assim, além de mudanças nas grades curriculares dos cursos da área da saúde, é necessário que sejam criados espaços de sensibilização e capacitação profissional que ampliem a compreensão para a inevitabilidade da morte e, consequentemente, ofereçam melhores condições de cuidado para essa última etapa da vida (Silva, 2017).

A formação, mais do que qualquer infra-estrutura, é consensualmente apontada como fator crítico no sucesso das equipes de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006). Esse aspecto foi trazido na fala de seis participantes.

<b>Categoria: Motivação para formação avançada em CP</b>	
<b>Subcategoria: Lacuna na formação</b>	“Porque na licenciatura foi uma área pouco ou nada abordada”. Q40
	“(…) por ser uma área em desenvolvimento/crescimento e por sentir necessidade de formação na área, visto que o curso de licenciatura não a abordou de forma significativa”. Q43

## **Categoria 2 – Competências**

Mais de 50 % participantes do estudo relataram mudanças em seu perfil profissional e até pessoal após formação, considerando que adquiriram competências técnicas fundamentais para a oferta de CP com qualidade. A EAPC elencou 10 competências centrais que profissionais com formação em CP devem possuir e essas surgiram em diferentes questionários, como pode ser observada pelas falas dos participantes (Gamond, Larkin & Payne, 2013b). Ainda, segundo a EAPC certos aspectos da educação e da formação são, por necessidade, específicos de cada disciplina (Gamond, Larkin & Payne, 2013b). Contudo, existem claramente elementos da formação em cuidados paliativos e das competências centrais para a prática, que são relevantes para todos os grupos profissionais envolvidos em cuidados paliativos. Para além disso, a EAPC refere que as dez competências centrais que foram descritas e documentadas são essenciais para o desenvolvimento de qualquer programa de educação em cuidados paliativos. Um programa que exclui qualquer das competências é improvável que providencie o conhecimento requerido, habilidades e atributos necessários, para entender e praticar cuidados paliativos adequados (Gamond, Larkin & Payne, 2013b). Sendo assim, é essencial que profissionais que tenham realizado formação avançada em CP refiram mudanças nessa perspetiva.

Ainda, em relação a essa categoria, três participantes não referiram qualquer mudança em seu perfil profissional após formação na área, sendo que destas duas eram da área de medicina e atuantes em equipa intrahospitalar e cuidados de saúde hospitalares e a outra profissional da gerontologia atuante na área da saúde.

a) Trabalho em equipa / interdisciplinaridade

O trabalho em equipa é um dos princípios em que assenta a boa prática dos CP. A interdisciplinaridade vem sendo considerada um caminho promissor para a reorganização do trabalho em saúde, trazendo um novo olhar para a saúde e para o cuidado com o outro, em função da complexidade dos problemas de saúde (Scherer & Pires, 2009).

A articulação interdisciplinar no contexto da saúde, também pode contribuir para a mudança nas relações de trabalho das equipas e, ao mesmo tempo, favorecer que, cada profissão, internamente, repense a sua prática no sentido de superar a fragmentação e os conflitos existentes no trabalho em saúde (Matos, Pires, & Sousa, 2010).

Comunicação e colaboração são aspectos fundamentais de qualquer equipa interdisciplinar. Os membros da equipa precisam respeitar, valorizar, entender e confiar nas contribuições de cada um. A resolução efetiva de conflitos promoverá o crescimento e a maturação da equipa. Os métodos para alcançar o consenso, resolver conflitos e se comunicar efetivamente são essenciais. Ao permitir diferenças individuais, as pontes são construídas esforçando-se para entender as perspetivas dos outros e as formas de fazer as coisas (Macmillan, Emery, & Kashuba, 2006). Um dos desafios do trabalho colaborativo é partilhar uma filosofia comum de cuidados e objetivos comuns (Gamond, Larkin, & Payne, 2013a).

Dessa forma, é essencial que essa abordagem tenha sido trazida na fala dos participantes, uma vez que espera-se que por meio da formação, esses desenvolvam competências para o trabalho em equipa interdisciplinar com mudanças nos perfis profissionais e pessoais. Doze participantes enfatizaram essa necessidade em suas falas.

<b>Categoria: Competências</b>	
<b>Subcategoria: Trabalho em equipa/ Interdisciplinaridade</b>	“Influenciou na partilha de conhecimentos com elementos da equipa de trabalho”. Q17
	“Melhoria de trabalho com a equipa interdisciplinar”. Q25
	“Maior capacidade de trabalhar em equipa e perceber termos técnicos da área “. Q36
	“Como é uma lacuna nos cursos de Enfermagem tenho partilhado conhecimento com colegas que não têm formação na área”. Q40

#### b) Controle de Sintomas

O controle de sintomas é um dos princípios que regem a boa prática nos CP, sendo importante a discussão da influência desse aspeto no bem-estar e qualidade de vida do doente em contexto paliativo.

Um dos objetivos fundamentais da assistência e princípio dos CP é o controle de sintomas. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados.

A definição dos CP refere que a abordagem do doente deve ter como um dos focos promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis. Trata-se também de uma das competências centrais que os profissionais com formação avançada devem possuir.

A terapêutica paliativa deve ser voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida ao doente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevida.

De Simone e Tripodoro (2006) afirmam como fundamental considerar a definição de sintoma como tudo aquilo que o doente avalia como um problema.

O conceito de dor total, criado por Cicely Saunders, refere a importância de todas as dimensões indissociáveis do sofrimento humano (físico, mental, social e espiritual), as quais devem ser igualmente investigadas e avaliadas (Cardoso, 2009).

Atualmente, expande-se tal conceito para quaisquer sintomas, ou seja, coloca-se como fundamental evidenciar o caráter individual e subjetivo dos sintomas, bem como a interação entre fatores biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais na determinação, interpretação e expressão de qualquer sintoma apresentado pelo doente, sempre com atenção aos detalhes (Gomes e Othero, 2016).

Ainda, a abordagem holística de uma equipa multiprofissional é de extrema importância para o controle dos sintomas. Hennemann-Krause (2012) reforça essa ideia referindo que dificilmente uma única abordagem terapêutica será suficiente, dada a complexidade do problema da dor crónica, em especial nas doenças limitadoras do tempo de vida. Os tratamentos devem ser individualizados e multidisciplinares, devem atuar nos fatores internos e externos que contribuem para a perpetuação da dor (biológicos, psicológicos e sociais) e intervir com estratégias adaptativas, como terapias cognitivo-comportamentais, fisioterapia e reabilitação, a fim de preservação da autonomia, readaptação às atividades de vida diária e ao meio social.

Foi visível em 26 dos 46 questionários a influência da formação na percepção da mudança na qualidade enquanto profissional.

<b>Categoria: Competências</b>	
<b>Subcategoria: Controle de Sintomas</b>	“Sim. Melhoria das competências técnicas em cuidados paliativos (perceção de necessidades, controlo de sintomas, apoio socioemocional)”. Q43
	“(…) aplicação de conhecimentos teóricos nas consultas e nos vários doentes de cuidados paliativos, melhor controlo sintomático em patologia paliativa”. Q41
	“Gestão de terapêutica em SOS, vias de administração de analgésicos e doses, controle da dor...” Q20

c) Escuta Ativa / Acolhimento ao doente e família / Abordagem holística

Nos CP, a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado. Utilizar técnicas adequadas e estratégias comunicacionais na relação com o doente são medidas terapêuticas comprovadamente eficazes, pois permitem que o doente compartilhe medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a manifestação de sua autonomia. Para os doentes em CP, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano trazem um novo significado para suas vidas, os auxiliando e fortalecendo-os para o enfrentamento dos momentos de dor e angústia (Silva & Araujo, 2009).

A arte de comunicar é difícil e exigente em qualquer circunstância e, mais ainda, perante um doente em fase terminal. Nesta situação, o uso da palavra pode ser praticamente inexistente, implicando da parte do profissional, uma sensibilidade acrescida. Comunicar será sinónimo de partilhar, compreender, aceitar e estar atento para o outro (Abiven, 2001).

Observou-se em 16 questionários que houveram mudanças em relação à forma de se comunicar e estar com o doente e sua família, passando-se a dar mais significado a esse momento da relação e verificando-se a importância de ampliar o olhar para além da doença.

Categoria: Competências		
Subcategoria:	<u>Escuta</u>	“Passa-se a avaliar e intervir no utente/família de outra forma. Valorizam-se aspetos que até então não se valorizavam e utiliza-se a comunicação e o “estar lá” como um verdadeiro recurso terapêutico”. Q1
<u>Ativa</u> / Acolhimento ao		
doente e família / Abordagem holística		

Ao cuidar do doente em processo de morte, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional é a escuta. Ela, atenta e reflexiva, é um dos mais importantes instrumentos do profissional da saúde que atua em Cuidados Paliativos, visto que permite identificar as reais demandas dos doentes. Sentar-se ao



lado do doente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade (ANCP, 2009).

<b>Categoria: Competências</b>	
<b>Subcategoria: Escuta Ativa / <u>Acolhimento ao doente e família</u> / Abordagem holística</b>	“Tornei-me mais doente; Passei a escutar mais e melhor”. Q1
	“... a empatia, a dedicação e tempo disponibilizado aos doentes e família”. Q2
	“Visão mais holística e humanística do doente e família”. Q7
	“Melhoria de competências na abordagem holística dos doentes e sua família”. Q41

Os profissionais devem considerar o doente em sua totalidade, como ser biopsicossocial e biográfico, analisando suas várias dimensões, para poder orientar o diagnóstico e planejar melhor metas adequadas no processo de finitude. O olhar dos profissionais envolvidos no cuidado do doente paliativo deve ser capaz de identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada ser cuidado, planejando e implementando ações que permitam ao indivíduo o máximo controle sobre sua própria vida e doença (Carvalho & Arantes, 2008).

Os indivíduos são singulares e não se pode pretender que respondam da mesma forma às intervenções, nem que mantenham uniformemente suas respostas a longo prazo (Bifulco & Iochida, 2009).

Nas falas dos entrevistados, esse aspecto foi trazido como mudança observada após formação.

<b>Categoria: Competências</b>	
<b>Subcategoria: Escuta Ativa / Acolhimento ao doente e família / <u>Abordagem holística</u></b>	“Visão mais holística e humanística do doente e família”. Q7
	“Melhoria de competências na abordagem holística dos doentes e sua família”. Q41

d) Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é considerada uma das tarefas mais difíceis para um profissional da saúde (ANCP, 2009).

Transmitir uma má notícia influencia de forma decisiva tanto quem a dá como quem a recebe, podendo desencadear tanto no emissor como no receptor, os sentimentos e as atitudes mais adversas, desde a apatia, à raiva, à negação, à agressividade ou até mesmo, uma aparente normalidade. O que importa é que se estabeleça entre ambos uma noção de compromisso e de acompanhamento para o futuro (Twycross, 2003).

Apesar de ser algo imprescindível nos CP, em apenas um questionário esse aspeto foi mencionado como mudança observada após formação.

<b>Categoria: Competências</b>	
<b>Subcategoria: Comunicação de más notícias</b>	“Gestão de dor e más notícias”. Q9

### **Categoria 3 - Finitude da vida**

a) Reconhecimento da morte como processo natural

O cuidado paliativo afirma a vida e considera morrer como um processo normal. Este princípio central procura abordar algumas das dificuldades de atitudes associadas aos cuidados paliativos. Essencialmente, a única coisa que todos compartilhamos em comum é a realidade inescapável de nossa morte. Os doentes que

necessitam de cuidados paliativos não devem ser considerados falhas médicas. O cuidado paliativo procura garantir que os doentes sejam capacitados e encorajados a viver sua vida de forma útil, produtiva e gratificante até o momento da morte. A importância da reabilitação, em termos de bem-estar físico, psicológico e espiritual, não pode ser exagerada. O cuidado paliativo não pretende acelerar nem adiar a morte (Council of Europe, 2003).

Abordar, de modo claro, a inevitabilidade da morte em decorrência de um prognóstico reservado se constitui em um desafio para o profissional de saúde que, durante a sua formação, não desenvolveu habilidades de comunicação adequadas que o capacitassem para expor o delicado tema (Silva, 2017).

A prática não é aplicada para prolongar a vida de forma antinatural. Os profissionais de saúde não são obrigados a continuar os tratamentos que são manifestamente fúteis e excessivamente pesados para o doente. Da mesma forma, os doentes têm direito a recusar tratamentos médicos. Nos cuidados paliativos, o objetivo é garantir que os doentes tenham a qualidade de vida mais alta possível. No momento em que o processo da doença está trazendo a vida para um fim natural, os doentes devem poder receber todas as possíveis medidas de conforto físico, emocional e espiritual (Council of Europe, 2003).

Em 7 dos 46 questionários a mudança nessa perspectiva foi relatada.

<b>Categoria: Finitude da vida</b>	
<b>Subcategoria:</b> <b>Reconhecimento da morte como processo natural</b>	“Mais doente; mais preparada para lidar com a morte; confiança em ajudar no processo de luto“. Q31
	“(...) o encarar a morte de uma forma diferente“. Q45

#### b) Cuidados no luto

O luto é um processo o que ocorre diante da perda, por morte, de uma pessoa significativa. “É uma experiência humana universal, única e dolorosa. A experiência emocional de enfrentar a perda é denominada pela elaboração do luto, o que conduz a

adaptação à nova situação” (Barreto, Soler & Yi, 2008, p. 384). Ainda, o luto pode ser em resposta a uma perda fantasiosa (perda de um ideal, de uma expectativa) sendo essa por cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade. Esse processo também gera um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais (Mota, 2013).

Dessa forma, pensar o processo de morrer envolve, para além da dimensão clínica que atesta o fim da vida, um cuidado com todos os aspectos que possibilitam dignidade e conforto para quem morre e para aqueles que precisam continuar vivendo; isto é, a família enlutada pela perda e os profissionais de saúde no exercício necessário de saber perder. A etapa posterior à perda é descrita como luto, que se refere aos processos mentais que se seguem às vivências da perda. Compreende um processo penoso e doloroso para quem se desvincula do objeto amado (Silva, 2017).

O suporte oferecido no luto, promove cuidado ao sofrimento emocional, ajuda no reajustamento a realidade após a perda, de modo a ressignificar o vínculo com o ente perdido e a permitir o reinvestimento na vida (Silva, 2017).

Os cuidados no luto foram relatados por 3 participantes.

Categoria: Finitude da vida		
Subcategoria: Cuidados no luto		“(…) dificuldade de dar respostas válidas próximo do término da vida”. Q16
		“Compreensão dos processos de sofrimento e luto”. Q34
		“(…) melhor abordagem do luto”. Q41

### c) Espiritualidade

Apesar do bem-estar espiritual ter grande impacto no cuidado ao doente em contexto paliativo, apenas um dos participantes relatou a importância da espiritualidade em seu questionário.

Segundo Puigarnau (2007),

A espiritualidade pertence ao domínio interior do homem e sua consciência ou percepção de si mesmo no mundo. À espiritualidade chega-se a partir da experiência e conexão pessoal interior com o âmbito íntimo. A espiritualidade tem a ver também com a aceitação daquilo que é irracional: a existência de um ser superior, essência, ordem suprema. Algo que nós não podemos entender nem controlar e que desafia a lógica, mas do que podemos participar de alguma maneira e que pode dar significado à nossa existência (pp.7-8).

É fundamental esclarecer que espiritualidade não é sinónimo de religiosidade. A espiritualidade é a busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida. Já a religião, por outro lado, é um conjunto de crenças, práticas rituais e linguagem litúrgica que caracteriza uma comunidade que está procurando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascer até o morrer (Silva, 2017).

O conhecimento das diferentes tradições espirituais, assim como o auto-conhecimento dos profissionais em relação as suas questões espirituais próprias auxiliará muito no cuidado do doente em contexto paliativo. É essencial conhecer sua própria espiritualidade para poder auxiliar alguém em questões dessa dimensão (Saporetti, 2008).

A equipa deverá trabalhar com as crenças e a fé do doente sem, em nenhum momento, pregar a sua verdade. Os cuidadores deverão ser orientados com relação ao respeito à individualidade do doente, sendo que o cuidado espiritual cabe a todos os envolvidos. Já o atendimento religioso, com seus ritos e sacramentos, deve ser incentivado pela equipa e ministrado pelo sacerdote habilitado (Saporetti, 2008, p.528).

<b>Categoria: Finitude da vida</b>	
<b>Subcategoria:</b> <b>Espiritualidade</b>	“Importância do papel da espiritualidade”. Q22

#### **Categoria 4 - Ensino e pesquisa**

##### a) Continuidade da formação na área

Após finalizar a formação, alguns participantes relataram o interesse e, algumas vezes, a necessidade da continuidade da formação na área, seja por doutoramento,

estágios, cursos, seminários e congressos. Tal situação além de refletir o interesse pela área, na busca de mais conhecimento, também poderá refletir a ausência de interdisciplinaridade nos docentes do curso de mestrado, uma vez que o curso tem como público alvo diferentes áreas profissionais da saúde.

Um estudo realizado por Queiroz & Capelas (2016), identificou quantos profissionais e quais profissionais buscavam formação avançada em CP. O resultado desse estudo demonstrou que haviam até 1135 profissionais formados até início do ano de 2015, e que as áreas que mais buscaram formação foram os médicos e enfermeiros, tendo 107 e 658 profissionais com formação avançada, respectivamente.

As outras áreas profissionais citadas (psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras) apresentam N bem inferior, o que reforça a necessidade de aumentar a participação dessas áreas nesse contexto, disponibilizando assim maior quantidade de formadores capacitados, como também a oferta de profissionais que possam atuar junto a equipa de CP.

<b>Categoria: Ensino e pesquisa</b>	
<b>Subcategoria:</b> <b>Continuidade da formação na área (estágios, cursos, seminários e congressos)</b>	“Após a formação senti necessidade de realizar um estágio voluntário numa unidade de Cuidados Paliativos (...)”. Q36

b) Propagação dos CP como formador junto a outros profissionais/alunos

É essencial que os profissionais com formação avançada em CP tenham interesse pela propagação dessa filosofia, seja em seu contexto de trabalho junto a outras profissionais e em alguns casos alunos, bem como em eventos científicos e cursos como palestrantes e formadores. Dessa forma, os estigmas e falta de conhecimento em relação aos CP e verdadeiro impacto desse cuidado para o doente e sua família, podem ser aos poucos sanados. A carência de profissionais com formação

avançada reforça a necessidade dessa propagação, uma vez que possibilita que a sociedade tenha conhecimento sobre os CP e também contribui na diminuição de práticas de atendimento que não respeitam os limites da vida humana.

Observa-se que anualmente são realizados muitos eventos relacionados a temática dos CP, o que possibilita também a participação desses profissionais na divulgação de trabalhos realizados e na formação de outros alunos e profissionais. Além disso, um dos participantes do estudo referiu que após formação houve maior solicitação como formadora em cursos de licenciatura, pós graduação e mestrado.

Ainda é importante citar que a maioria (58,6%) dos participantes negaram qualquer oportunidade de propagação dos CP enquanto formador.

<b>Categoria: Ensino e pesquisa</b>	
<b>Subcategoria: Propagação dos CP como formador junto a outros profissionais/alunos</b>	“(...) maior solicitação como formadora em Cursos Formação, Pós Graduação e Mestrados em Cuidados Paliativos”. Q23
	“(...) já participei enquanto formadora em cursos básicos de suporte em cuidados paliativos a equipas do ACES Marão e Douro Norte”. Q27
	“Formação de profissionais dos Cuidados de Saúde primários no ACeS”. Q41
	“Oportunidade de ministrar pequenos cursos, palestras e eventos”. Q42
	“Formadora em Workshop de um congresso de cuidados paliativos pediátricos (...)”. Q43
	“(...) atualmente sou responsável pela formação na área de cuidados paliativos no meu serviço para o restante da equipa de enfermagem”.Q44

c) Investigação

A pesquisa é importante em qualquer área de ciência, saúde e medicina, pois auxilia os profissionais a encontrar novas observações, entendimentos e tratamentos adequados a realidade presente (Chaturvedi, 2011).

A investigação busca um conhecimento novo e só com a disseminação dos seus resultados poderemos evoluir e melhorar as práticas (Capelas, 2015).

A investigação é um meio que pode auxiliar na identificação de prioridades de intervenção e contribuir para o estabelecimento de uma linha de base de boas práticas clínicas e organizativas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Dessa forma, é fundamental uma estreita articulação entre a Academia e os Serviços de CP na realização de trabalhos com alto rigor científico e eticamente aceites. Este modelo de trabalho possibilita boas práticas, informadas pela melhor evidência, que aumentam o bem-estar do doente, família e profissionais de saúde, indo ao encontro das preferências e prioridades da população que necessita de CP. “Para que este modelo se concretize é essencial que as instituições que financiam a investigação em Portugal reconheçam a importância dos CP para a sociedade e surjam apoios concretos, nomeadamente financiamento” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Nesse estudo alguns participantes relataram que a formação avançada em CP influenciou no desenvolvimento da prática de investigação e na aprendizagem de técnicas relacionadas a pesquisa.

Ainda dois participantes desse estudo estão realizando doutoramento, com investigações na área dos CP. Ainda existe um caminho a ser construído em relação ao desenvolvimento dos CP na área do Doutoramento. Segundo Nunes (2016), o primeiro programa de Doutoramento em CP em Portugal iniciou-se na FMUP no ano de 2016, com o objetivo de preencher uma lacuna assistencial, bem como formar especialista, doutores e investigadores que produzam ciência de excelência e melhore a qualidade dos cuidados a médio e longo prazo (R. Nunes, comunicação pessoal, 14 setembro, 2016).

Alguns participantes do estudo relataram que a dissertação foi seu primeiro estudo de investigação, sendo que não foram publicados outros materiais. De facto,



recorrendo à análise dos dados quantitativos verifica-se que, em termos médios apenas foram publicados 0,0 livros, 0,1 capítulos, 0,3 abstracts, 0,7 comunicações em eventos científicos, 0,5 pósteres em eventos científicos e 0,3 artigos científicos. Considerando esse ser um alicerce para o desenvolvimento dos CP é importante entender a causa das limitações para o maior desenvolvimento na investigação nessa área.

Ainda, por meio dos questionários observou-se que apenas dois participantes deram continuidade em meio académico por meio do Doutoramento e teve quem referiu não ter realizado nenhum tipo de produção científica durante e nem após a formação.

<b>Categoria: Ensino e pesquisa</b>	
<b>Subcategoria:</b> <b>Investigação no âmbito dos CP</b>	“Estou neste momento envolvida em 3 investigações, relacionadas com o doutoramento: 1 investigação em parceria com a DGS (...); as outras 2 são relativas às competências, necessidades educacionais e perceção do trabalho em equipa dos enfermeiros que trabalham em equipas comunitárias de cuidados paliativos”. Q1
	“(...) foi o primeiro grande projeto de investigação de realizei, foi uma grande oportunidade de aprendizagem”. Q18
	“Escrevi um texto para um livro”. Q24
	“Desenvolvi capacidades de pesquisa, de raciocínio clínico na investigação, de elaboração de questões para investigar, de escolha de áreas e métodos de investigação e escrita de artigos científicos sucintos”. Q36

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em cuidados paliativos é um tema que vem cada vez mais sendo discutido mundialmente no meio académico, devido à necessidade da formação de novos profissionais capacitados para lidar com a elevada demanda nesse contexto. O aumento da expectativa de vida e consequente aumento das doenças crónicas têm sido alvo de discussão no cenário das políticas públicas, devido à necessidade de adequação dos serviços para o atendimento desses doentes, como também devido à falta de profissionais com formação avançada, o que acarreta um atendimento não coerente com os princípios dos cuidados paliativos.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar como os profissionais de saúde que finalizaram sua formação avançada no Curso de Mestrado em CP da FMUP percebem a influência dessa formação na sua vida profissional.

Neste estudo predominaram os indivíduos do sexo feminino, da área da enfermagem, com média de idade 33,2 anos. A maioria trabalha em contexto hospitalar, sendo que a área dos cuidados paliativos é comum a 12 participantes.

O aspeto mais referido relacionado com a motivação para formação avançada foi o aumento das necessidades em cuidados paliativos. Estes resultados permitem fazer uma reflexão acerca da necessidade de mudança nas grades curriculares dos diferentes cursos da área da saúde, a fim de contemplar a disciplina de cuidados paliativos ainda na graduação. Portugal está avançando nesse sentido, mas ainda apresenta barreiras a serem ultrapassadas, que vão desde a falta de conhecimento em relação aos CP, como também à presença do modelo biomédico nos diferentes serviços.

Outro aspeto referenciado como fator de motivação foi a expectativa de oferta de trabalho. No nosso ponto de vista, seria interessante que as escolas desenvolvessem parcerias com instituições, com o objetivo de possibilitar ao aluno a realização de estágio, bem como a perspetiva de inclusão no mercado de trabalho. E indo além, seria também necessário que as políticas públicas se efetivassem no sentido de oferecer CP a todos aqueles que necessitam, o que consequentemente aumentaria a quantidade de vagas no mercado de trabalho. A ausência de vagas também pode ser considerada um

fator desmotivante para o investimento e continuidade de formação avançada nessa área.

Outra categoria que emergiu da análise de conteúdo dos questionários foi relativa às competências centrais relevantes a qualquer profissional atuante nos CP. De realçar que alguns participantes relataram apenas abordagens relacionadas aos aspetos físicos no cuidado ao doente. Tal situação não se restringiu a uma área profissional específica. De facto, o controle dos sintomas físicos é um dos pilares dos CP, mas os sintomas psicológicos, a comunicação eficaz e terapêutica, o cuidado à família e o trabalho em equipa, também são aspetos essenciais e que devem ser considerados para a abordagem holística nos CP.

Outro aspeto analisado foi o baixo número de questionários que a temática da finitude da vida foi citada. De fato, lidar com esses aspetos exige autoconhecimento e nem sempre os profissionais estão habilitados para tratá-la como assim devem. Essa situação vai de encontro ao observado no parágrafo acima, e à necessidade de uma possível alteração na forma como essa temática vem sendo ministrada.

Outro fator percebido durante a análise dos resultados foi a baixa produção científica no contexto da formação avançada e pós formação. Refletindo acerca das possíveis causas, sugere-se alguns motivos para essa situação, tais como a falta de financiamento, a falta de interesse pela área mesmo durante e após formação, a falta de perspectiva de crescimento pessoal e profissional com a realização de produções e a falta de tempo devido a rotina pessoal. Nem todos os participantes do estudo realizaram a dissertação, mas alguns daqueles que a fizeram relataram a importância dessa produção, pois passaram a ter maior conhecimento em relação à metodologia e técnicas de investigação. Para fomentar a investigação, consideramos que poderia ser interessante a criação de grupos de pesquisa durante o curso de mestrado com apoio da direção e de professores elegíveis.

As principais limitações desse estudo referem-se ao tamanho da amostra e o fato de ter sido desenvolvido apenas com ex-alunos de uma instituição, não permitindo generalização ou maiores reflexões acerca da formação no País.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a formação avançada de novos profissionais, com diferentes reflexões acerca da importância dos CP na abordagem aos doentes e sua família, bem como no desenvolvimento de novos

estudos nessa área. Esse estudo poderá auxiliar não só a Direção do Curso de Mestrado da FMUP, como também de outras Instituições que oferecem essa formação avançada, no sentido de analisar a percepção de diferentes participantes em relação à formação a esse nível e de que forma é possível realizar mudanças para potencializar esse período de formação.

Considerando que essa formação avançada em CP ainda possui poucas turmas finalizadas, sugere-se a repetição desse estudo daqui alguns anos, em vista de conseguir uma amostra maior, como também observar se houveram mudanças nas percepções dos formados. Um estudo sobre os motivos da baixa produção científica nesse contexto também seria uma mais-valia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana* (2ª Ed). Loures: Lusociência.
- Agência de avaliação e acreditação do ensino superior . (s.d.). Portugal.
- ANCP. (2006). *Organização de serviços de cuidados paliativos – Recomendações da ANCP*. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)>
- ANCP. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>
- ANCP. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e atualizado*. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> >
- ANCP. (s.d.). *ANCP e os Cuidados Paliativos no Brasil*. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>
- Bardan, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Portugal.
- Barreto, P., Yi, P., Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia*, 5, (2-3), 383-400. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A/15432>>.
- Bifulco, V. A., & Iochida, L. C. (2009). A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de doentes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, (1), 92-100. Doi: 10.1590/S0100-55022009000100013
- Bordignon, M., Monteiro, M. I., Mai, S., Martins, M. d., Rech, C. R., & Trindade, L. D. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto e contexto - Enfermagem*, 24, (4), 925-933. Doi: 10.1590/0104-0707201500004650014
- Campolina, A. G., Adami, F., Santos, J. L., & Lebrão, M. L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Caderno de Saúde Pública*, 29, (6), 1217-1229. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>
- Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de saúde*, 2, (1), 51-57. Disponível em: [http://apcp.com.pt/uploads/manuel\\_luis\\_capelas\\_1.pdf](http://apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf)>
- Capelas, M.L. (2015). Investigar em Cuidados Paliativos: um imperativo ético. *Cuidados Paliativos*, 2, (1), 5-6. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/revista\\_cuidadospaliativos\\_vol2\\_n01.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cuidadospaliativos_vol2_n01.pdf)>

Cardoso, M.G.M. (2009). *Controle da dor*. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos (pp. 86-103). Rio de Janeiro: Diagraphic.

Carrasco, et. al. (2015). Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, (4), 516-523. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019

Carvalho, R.T., & Arantes, A.C.L.Q. (2008). *UTI*. In CREMESP, *Cuidado Paliativo* (pp. 178-191). São Paulo: CREMESP.

Cavalcanti, R.B, Calixto, P., Pinheiro, M.M.K. (2014). Análise de conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.*, 24, (1), 13-18. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>>

Centeno, C., Bolognesi, D., & Biasco, G. (2016). Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region. *Journal of pain and symptom management*, 49, (5), 861-870. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.10.019

Chaturvedi, S.K. (2011). How to plan to research in Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care*, 17. Doi: 10.4103/0973-1075.76230

Clark, D. (2006). *The development of palliative medicine in the UK and Ireland*. London: Hodder Education. In Bruera, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C., & von Gunten, C. (Eds.). *Textbook of Palliative Medicine* (pp.3-10). London: Hodder Arnold.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos - Biênio 2017-2018*. Portugal.

Conno, F. D., Blumhuber, H., & Rocafort, J. (2006). *The development of palliative medicine in Europe*. In Bruera, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C., & von Gunten, C. (Eds.). *Textbook of Palliative Medicine* (pp.12-21). London: Hodder Arnold.

Conselho Regional de medicina (2008). *Cuidado Paliativo*. São Paulo.

Costa , A. P., Poles, K., & Silva, A. E. (2016). Formação em Cuidados Paliativos: experiências de alunos de medicina e enfermagem. *Interface comunicação saúde educação*, 20, (59), 1041-52. Doi: 10.1590/1807-57622015.0774

Council of Europe (2003). *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Disponível em: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)>

Decreto de lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República nº 172 - 1.ª série. Lisboa: Diário da República.

FMUP. Mestrado em Cuidados Paliativos. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur\\_geral.cur\\_view?pv\\_curso\\_id=1171](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_view?pv_curso_id=1171)>

- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gamond, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013a). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em Cuidados Paliativos - parte 1. *European Journal of Palliative Care*, 20, (2), 86-91. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azI%3D>>
- Gamond, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013b). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em Cuidados Paliativos - parte 2. *European Journal of Palliative Care*, 20, (3), 140-145. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azI%3D>>
- Gomes, A.L.Z., & Othello, M.B. (2016). Cuidados Paliativos. *Estudos avançados*, 30, (88), 155-166. Doi: 10.1590/s0103-40142016.30880011
- Hennemann-Krause, L. (2012). Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, (2), 26-31. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=323](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=323)>
- Hermes, E. R., & Lamarca, I. C. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, (9), 2577-2578. Doi: 10.1590/S1413-81232013000900012>
- Kira, C. M., Montagnini, M., & Barbosa, S. M. (2008). Educação em Cuidados Paliativos. In CREMESP, *Cuidado Paliativo* (pp. 595-611). São Paulo: CREMESP.
- Macmillan, K., Emery, B., & Kashuba, L. (2006). *Organization and support of the interdisciplinary team*. In Bruera, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C., & von Gunten, C. (Eds.). *Textbook of Palliative Medicine* (pp.245-248). London: Hodder Arnold.
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Luis Capelas, M., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). Cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 14, (152), 32-38. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>>
- Matos, E., Pires, D. E., & Sousa, G. W. (2010). Relações de trabalho em equipas interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, (5), 775-781. Doi: 10.1590/S0034-71672010000500013
- Mota, Diana M.(2013). A família em luto e os cuidados paliativos - avaliação do luto nos familiares de doentes acompanhados por uma unidade de cuidados paliativos. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Neto, I. G. (2010). Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 17, (6), 278-281. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ZAEkBeYKgU0%3D&tabid=676>>
- Oneschuk, D. (2006). *Undergraduate education*. In Bruera, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C., & von Gunten, C. (Eds.). *Textbook of Palliative Medicine* (pp.129-134). London: Hodder Arnold.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Pain relief and palliative care. In *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines – Policies and managerial guidelines* (pp83-91). Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2004). *The solid facts: Palliative Care*. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)>

Organização Mundial de Saúde. (2007). *Cancer Control - knowledge into action - WHO guide for effective programs*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43467/1/9241546999\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43467/1/9241546999_eng.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)>

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Palliative Care fact sheet n°402*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>

Pastore, E., Rosa, L.D., & Homem, I.D. (2008). Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, 2-7. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/D/Dalla\\_Rosa-Pastore\\_27.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/D/Dalla_Rosa-Pastore_27.pdf)>

Pereira, A.M.N.A. (2013). Cuidados paliativos na demência - a perspectiva comunitária dos cuidadores, da pessoa com demência e dos profissionais de saúde. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Puigarnau, A. P. (2007). A espiritualidade na última etapa da vida. *Labor Hospitalaria: Humanización, pastoral y ética de la salud*, 268, (2), 7-14. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/espiritualidade\\_na\\_ultima\\_etapa\\_da\\_vida.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/espiritualidade_na_ultima_etapa_da_vida.pdf)>

Queiroz, R., Capelas, M.L. (2016). Formação avançada em Cuidados Paliativos em Portugal. *Observatório Português dos Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Observatorio/Profissionais%20com%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Avan%C3%A7ada%20em%20CP.pdf>>

Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União. 1 Ago 2011. Seção I:144-7

Río, I. D., & Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C.*, 32, (1), 16-22. Disponível em: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>>

Saporetti, L. A. (2008). Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: CREMESP, *Cuidado Paliativo* (pp. 521-531). São Paulo: CREMESP.

Scherer, M. D., & Pires, D. (2009). A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipa de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 3, (2), p. 30-42. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/730/739>>



Silva, C. F., Souza, D. M., Pedreira, L. C., Santos, M. R., & Faustino, T. N. (2013). Concepções da equipa multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência e saúde coletiva*, 18, (9), p. 2597-2604. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>

Silva, M.J.P., & Araujo, M.M.T. (2009) *Sentido da comunicação em cuidados paliativos*. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos (pp. 49-57). Rio de Janeiro: Diagraphic.

Silva, S. M. (2017). Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62, (3), p. 253-257. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf)>

Simone, G., & Tripodoro, V. (2006). *Fundamentos Del Cuidados Paliativos y Control de Sintomas*. Buenos Aires: Pallium Latinoamerica.

Sistema Nacional de Saúde.(2017). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>>

Stjernsward, J., Foley, K.M., Ferris, F.D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, (5), p. 486-493. Disponível em: [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00122-4/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(07)00122-4/fulltext)>

Tavares, F., 2010. Prognóstico em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto, edits. Manual de Cuidados Paliativos (pp. 43-60). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

The economist intelligence unit. (2015). *The 2015 quality of death index*. Ranking palliative care across the world. Disponível em: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>

Twycross, R. (2000). Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta Bioethica*, 6, (1), 27-46. Doi: 10.4067/S1726-569X2000000100003

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.



## **ANEXOS**

**ANEXO I**

**QUESTIONÁRIO**

## Questionário semi-estruturado auto aplicado

QUESTIONS

RESPONSES 3

Section 1 of 3



## “Formação avançada em Cuidados Paliativos: influência na vida profissional”

Com o presente questionário pretendemos conhecer a sua perceção sobre como a formação avançada em CP influenciou na sua vida profissional.

Todas as informações que fornecer são confidenciais e anónimas.

Não há respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos que responda a todas as questões com a máxima sinceridade.

Após o envio do questionário, o participante terá 30 (trinta) dias para responder ao mesmo.

Por favor, não revele o seu nome ou qualquer elemento que o(a) identifique em nenhuma circunstância.

Informação ao participante: O estudo tem como objetivo analisar como os profissionais de saúde que realizaram formação avançada em Cuidados Paliativos, percebem a influência dessa formação em sua vida profissional. Após o envio do questionário, o participante terá 30 (trinta) dias para responder ao mesmo. A privacidade do participante será respeitada. Todos os dados são colhidos de forma anónima, não lhe sendo pedido quaisquer dados que permitam a sua identificação. O participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem precisar se justificar. O acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em “submit” será assumido pelos investigadores como manifestação suficiente do seu consentimento. Sua participação é muito importante para melhor compreensão da influência dessa formação em sua vida profissional. Contamos com sua generosa participação que desde já agradecemos.

Short answer text

After section 1 Continue to next section



Section 2 of 3



Description (optional)



Sexo:

Multiple choice ▾

☐ Masculino☐ Feminino☐ Other...☐ Add option

ANSWER KEY (0 points)



Required

Idade (em anos) \*

Short answer text

Área profissional (indique apenas a área: medicina, enfermagem, psicologia, ...): \*

Short answer text

Tempo de formação (em anos - se ainda não completou 1 ano deve assinalar 0) desde o final do ano curricular do curso de mestrado em CP: \*

Short answer text

Local de trabalho (aquele que é a sua ocupação principal): \*

☐ Cuidados de Saúde Primários☐ Cuidados de Saúde hospitalares☐ Cuidados Continuado Integrados☐ Cuidados Paliativos

Se trabalha em Cuidados Paliativos (mesmo que não seja a sua ocupação principal), refira a tipologia da unidade onde trabalha:

Short answer text

Sobre a sua dissertação / projecto: \*

- ☐ Não realizo / não realizei dissertação
- ☐ Está em curso
- ☐ Já terminei e aguardo provas públicas
- ☐ Já terminei e já aconteceram as provas públicas
- ☐ Other...

After section 2 Continue to next section

Section 3 of 3



## Caracterização

Description (optional)

Após a formação em Cuidados Paliativos, foi possível verificar a influência dessa em seu contexto de trabalho? Se sim, aponte os principais aspetos influenciados? \*

Long answer text

Quais foram os motivos que o/a levaram a buscar a formação na área de Cuidados Paliativos? \*

Long answer text



Você considera que a formação em Cuidados Paliativos influenciou a qualidade do

Long answer text

Cite pelo menos três mudanças que você tenha percebido em sua atuação após a formação. \*

Long answer text

Considera que a formação em Cuidados Paliativos lhe proporcionou oportunidades como formador? Se sim, refira quais: \*

Long answer text

A formação em Cuidados Paliativos teve influência na propagação desse conhecimento junto a outros profissionais? \*

Long answer text

Após a formação em Cuidados Paliativos, tem participado em outras formações na área, na qualidade de formando? Se sim, quais? \*

Long answer text

Considera que a formação em Cuidados Paliativos lhe proporcionou oportunidades como investigador? Se sim, refira quais: \*

Long answer text

Após a formação em Cuidados Paliativos, tem participado em projetos de investigação na área dos cuidados paliativos? Se sim quais? \*

Long answer text



Refira a produção científica conseguida desde o término do ano





Description (optional)

---

**nº de artigos científicos:**

Short answer text

---

**Nº de livros**

Short answer text

**nº de capítulos em livros**

Short answer text

---

**nº de abstracts publicados em atas de eventos científicos**

Short answer text

**nº de comunicações em eventos científicos**

Short answer text

---

**nº de posteres em eventos científicos**

Short answer text

---

**Observações:**

Long answer text

---



## **ANEXO II**

### **CARTA CONVITE**



## **Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**

### **Carta-Convite**

Porto, 13 de Março de 2017.

“Informação a ser fornecida aos participantes na carta convite e a ser repetida no início do questionário”.

Eu, Mariana Soares Lima, estudante do 2º ano do Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Jose Carlos Amado Martins, estou realizando pesquisa intitulada: “Formação avançada em Cuidados Paliativos: influência na vida profissional”, que será realizada com indivíduos que finalizaram o primeiro ano do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para trabalho de investigação para conclusão de curso de Mestrado em Cuidados Paliativos nessa mesma instituição.

O estudo tem como objetivo analisar como os profissionais de saúde que realizaram formação avançada em Cuidados Paliativos, percebem a influência dessa formação em sua vida profissional.

Após o envio do questionário, o participante terá 30 (trinta) dias para responder ao mesmo.

A privacidade do participante será respeitada. Todos os dados são colhidos de forma anónima, não lhe sendo pedido quaisquer dados que permitam a sua indentificação.

O participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem precisar se justificar.

O acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em “enviar” será assumido pelos investigadores como manifestação de consentimento.

Tendo sido informado a respeito da pesquisa, convidamos V. Sa. a responder o questionário que segue em anexo a esta mensagem.

Sua participação é muito importante para melhor compreensão da influência dessa formação em sua vida profissional. Contamos grandemente com sua participação.

Atenciosamente,

Mestranda:

Mariana Soares Lima

Email: marianalima1896@gmail.com

Telefone: 935446546

Orientador:

Professor Doutor José Carlos Martins

Email: jmartins@esenfc.pt

Telefone: 91951849

### **ANEXO III**

### **PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

HCN

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº P386\_01-2017

**Título do Projeto:** "Formação avançada em Cuidados Paliativos: influência na vida profissional"

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** : Mariana Soares Lima<sup>1</sup>; José Carlos Amado Martins<sup>2</sup>

**Filiação Institucional:** <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Prof. Doutor José Carlos Amado Martins

**Relator:** Sofia Raquel Teixeira Nunes

### Parecer

A necessidade de programas formativos continua a ser muito debatida no seio dos Cuidados Paliativos. A formação por auto-iniciativa ou por proposta da instituição de saúde é uma boa aposta para a melhoria desse tipo de cuidados.

Assim sendo, os investigadores apresentam a proposta de um estudo descritivo e exploratório com o objetivo geral de "analisar como os profissionais de saúde que realizaram formação avançada em CP percebem a influência dessa formação na sua vida profissional". Neste estudo será utilizada abordagem mista qualitativa e quantitativa. Dentro da abordagem qualitativa a metodologia utilizada será a Análise de Conteúdo.

A data prevista de início dos trabalhos decorre desde outubro de 2016, com data prevista de início da colheita de dados para março de 2017.

A amostra envolverá profissionais que realizaram o curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, desde a primeira turma, no ano de 2010, até à última no ano de 2015, sendo convidados profissionais de todas as turmas formadas até o momento. Serão incluídos todos os profissionais que completaram com sucesso o primeiro ano do CM CP da FMUP que aceitem livremente participar no estudo.

É garantida a colheita de dados de forma anónima.

É referido que após parecer favorável da Comissão de Ética será pedido autorização ao Coordenador do Curso de Mestrado em CP para desenvolver o estudo, sendo através dessa colaboração que serão convidados aos participantes através de mail à participação no estudo e link de acesso ao questionário (não existindo acesso da investigadora aos endereços de mail).

Não foram destacados quaisquer danos ou inconvenientes para além da resposta aos questionários. Acerca dos benefícios, referem os investigadores que a pesquisa possibilitará a ampliação dos conhecimentos na área de educação em Cuidados Paliativos.

Foi remetida folha de informação aos participantes e o questionário. É referido pelos investigadores que "a presunção da resposta ao questionário e, no final, clicar em



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



ES  
ENFERMAGEM  
DE COIMBRA

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

"enviar" são critérios suficientes para assumir o consentimento para a participação no estudo".

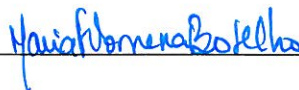
Sendo assim, somos do parecer o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, contudo, esta aprovação não dispensa naturalmente a aprovação do Coordenador do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, tal como programado pelos investigadores.

O relator:



Data: 13/02/2017

O Presidente da Comissão de Ética:



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

